Rok XXXVII. Kraków 24. Września 1898. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.**

Pomysł do częściowej plastyki nosa.

Podał

Dr. M. W. Herman.

Dziś już ręka karzącej sprawiedliwości nie dybie na nosy ludzkie, mimo to nie znikli z powierzchni kuli ziemskiej ludzie z nadwerężonymi nosami. Nosów bowiem nie pomija choroba. Wilk czy kiła, nabłoniak czy inne tkankę niszczące cierpienia, obok uszkodzeń przypadkowych, sprowadzają nieraz częściowe braki nosa zewnętrznego, dotkliwie szpecące klasyczne nawet rysy. A oszpecenie to tak bywa nieznośnem, bo dla wszystkich widoczne i dla wszystkich wstrętne, że nawet tacy, których wymagania wogóle, a estetyczne w szczególności, nie wzniosły się zbytnio ponad poziom pierwotnej cywilizacyi, zgłaszają się po poradę do lekarza. I wtedy lekarz-operator ma przed sobą jedno z najwznioślejszych zadań do wykonania, gdyż możność uczynienia nieszczęśliwego — szczęśliwym. Bo że nos brzydki złamał niejedno życie, to rzecz nie tajna i temat nawet w literaturze pięknej wyzyskany.

Wszystkie do dziś podane sposoby starają się częściowe braki nosa pokryć materyałem, wziętym ze samego nosa lub z najbliższego otoczenia (policzka, wargi), posługując się płatkiem pojedyńczym. Bynajmniej na korzyść pierwszego sposobu nie możemy zapisać tej okoliczności, że kaleczy w dalszym ciągu i tak już brzydki nos, wywołując świeże, szerokie blizny, a ujemną stronę obu gromad zabiegów stanowi znów ta okoliczność, że płat pojedyńczy, nie podszewkowany, po krótszym lub dłuższym czasie kurczy się i to co w początku nieudolnie naśladowało naturę, póżniej ją parodyuje. Niema potrzeby wyliczania wszystkich metod francuskich i niemieckich po imieniu. Szkoda na to czasu i miejsca. Ciekawy, dokładne zestawienie znajdzie w „Podręczniku chirurgii szczegółowej“ L. Rydygiera, T. I, str. 107 i n., w „Traité de chirurgie“, wydawanej przez S. Duplaya i Reclusa, Tom IV, str. 803—806 i w „Lehrbuch der speciellen Chirurgie“ Koeniga, wyd. VII, Tom I, str. 281—293. Najnowsza literatura, dotycząca częściowej plastyki nosa, również nie zbyt bogata. Znalazłem bowiem zaledwie dwa spostrzeżenia kazuistyczne, jedno v. Hackera (Beitr. z. klin, Chir. XVIII. 2) i drugie J. Preindsbergera (Wien. klin. Wchschr.. 1898, Nr 24), lecz w obu, poza odmianami dawniejszych sposobów, nic nowego nie spotkałem.

Zanim więc gieniusz chirurgii, dziś jeszcze pełen młodzieńczej energii, spłodzi coś, co będzie w tym kierunku doskonałem, niechaj mi wolno będzie przedstawić nowy sposób, o którym myślę, że lepszym będzie od niejednego z poprzednich. Niech więc powołani i ten pomysł rozważyć raczą i, przyjąwszy go do składu materyałów chirurgicznych, przypomną sobie o nim przy sposobności. Dobrze jest, przystępując do tak delikatnej roboty, jak załatanie nosa, mieć wybór w środkach, tem bardziej, że rozmaitość przypadków różnych wymaga sposobów. Zalecać go bezwzględnie nie śmiem. Nie widziałem bowiem, jak ten sposób wygląda, zastosowany w praktyce, a wypróbowałem go sam tylko na trupie. I naturalnie, podobał mi się. Tyle wstępu; teraz do rzeczy.

Jak już w tytule zaznaczyłem, chodzi mi o pokrycie częściowych braków nosa. Zdaje mi się, że braki te pokryćby można p ł a t e m p o d s z e w k o w a n y m z p o l i c z k a. Kształt i długość płatka będą zmienne, zależne od kształtu i rozmiarów braku, który pokryć chcemy. Zawsze jednak niezmienionem pozostanie to, że:

1) podstawa płatu usadowioną będzie tuż przy nosie, t. j. na granicy między tak zw. *regio nasalis* i *regio infraorbitalis;*

2) długa oś płatka przebiegać będzie poziomo, w kierunku ku skrawkowi (tragus) muszli usznej;

3) oś pozioma płatka mierzyć powinna $2^1/_3$ razy więcej, niż najdłuższy poziomy wymiar braku;

4) płatek na swym wolnym końcu powinien być ostro zakończony.

Wycinanie płatu skórnego, zupełnie powierzchownego, nawet bez zbytecznej tu podściółki tłuszczowej, nie może sprawić w tej okolicy obrażenia jakiegokolwiek ważniejszego narządu, gdyż tak nerw twarzowy, jak i przewód Stenona, leżą poniżej dolnej granicy płatu.

Obfite unaczynienie tej okolicy zapewnia dobre odżywienie płatu, gdyż, jakkolwiek podstawa jego położoną jest w miejscu odwrotnem głównemu kierunkowi naczyń, to liczne połączenia między tętnicami *(aa. infraorbitalis, angularis, labialis superficialis* i *transversa faciei)*, zapewnią mu dostateczny dowóz krwi.

Brak w skórze policzka da się pokryć dostatecznie przez założenie szwów. Nawet po wycięciu szerokiego płatu, brzegi przybliżyć się dadzą do siebie bez napięcia z powodu znacznej podatności skóry policzka. Jako ślad pozostanie pozioma, linijna blizna na twarzy, która, jeżeli szpeci, to stanowczo mniej niż niezupełny nos.

Rozszerzywszy zasady, przytoczone w 4 powyżej napisanych zdaniach, dodam pojedyńcze szczegóły.

Podstawa płatu powinna być tak szeroką, a nawet szerszą znacznie, niż wysokość ubytku i usadowioną w miejscu przecięcia się płaszczyzny bocznej nosa z płaszczyzną poli-

czka. Bo w ten jedynie sposób zapewnić możemy potrzebne odżywienie płatu i tak jedynie utworzyć można płat podszewkowany, bez naruszenia zachowanej jeszcze skóry na nosie.

Przebieg i kierunek osi, jakoteż wymiar długi płatu, tłómaczy dostatecznie sama istota sposobu. Zakończenie zaś wyciętego płatu pod kątem ostrym ułatwi znakomicie późniejsze pokrycie braku, powstałego u podstawy płatu, przez odpowiednie założenie szwów.

Kształt płatu stósować się musi do kształtu ubytku na nosie. W razie zupełnego braku części chrzęstnej najlepszą usługę oddadzą dwa płaty w kształcie poziomo wyciągniętego rombu, wycięte po obu stronach nosa (Rys. 3). Oba płaty, po oddzieleniu od podłoża, składamy we dwoje w miejscu krótszej osi prostopadłej i, odginając je ku linii środkowej nosa, przyszywamy górny brzeg blaszki zewnętrznej płatu podszewkowanego do okrwawionego górnego brzegu ubytku, a równocześnie zaszywamy ranę na policzku, korzystając z kątowatego zakończenia płatu, przy zaszywaniu braku w okolicy szypuły płatu (Rys. 2), bacząc na pilne i dokładne założenie szwów na ten właśnie kącik, gdyż i stąd należy się spodziewać dowozu krwi. A gdy odżywienie obu płatów nie będzie podlegać żadnej wątpliwości, można przystąpić do przycięcia i okrwawienia stykających się brzegów (t. j. miejsca załamania płatów) i zeszycia ich. Jeden romb pokryje oczywiście połowiczy brak części chrzęstnej (Rys. 1). Nieistniejące skrzydełko dorobić byłoby najlepiej z płatu wyciętego w kształcie dwóch częściowo nakrywających się kół (Rys. 4).



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.

Trudno rzecz całą dokładnie opisać, więc niechaj luki w słowach uzupełnią dołączone rysunki.

Nie łudzę się, że tu, jak i w każdej innej plastyce nosa, płat stale dążyć będzie do zmiany pierwotnego kształtu. Zwłaszcza po uzupełnieniu całkowicie brakującej części chrzęstnej, nowo utworzony koniec nosa zechce się przybliżyć do wargi i to tem łacniej, że ten sposób nie stwarza wcale przegrody nosowej, od której niektórzy zupełnie odstępują, ze względu na późniejszą drożność nozdrzy. Nie chodzi mi jednak wcale o istotną przegrodę nosową, ale raczej o podpórkę dla opadającego nosa, jaką np. Mikulicz stwarza z drutów emaliowanych. Nie wiem o ile to rusztowanie okazało się dobrem w praktyce, sądzę jednak, że niemiłem musi być uczucie chorego, noszącego jako część składową siebie samego, coś co jest wprawdzie jego, ale nie z niego. Inaczej, gdy takie ciało obce ukryć można tak, że i sam chory o niem nie wie! Może w jakimś szczególnie korzystnym przypadku podpórkę taką stworzyćby się udało przez odszczepienie wąskiej blaszki z dolnego brzegu zachowanej w górze stałej przegrody nosowej. Blaszka tak uwolniona od góry i przodu, miałaby swą stałą podstawę i szypułę odżywiającą z tyłu, a opuszczona ku dołowi i od wewnątrz wszyta w koniec nosa, unosiłaby go dostatecznie ku górze.

Nasuwa mi się inna jeszcze myśl. Wyrostek zębodołowy szczęki górnej mógłby dać podporę, o jaką tu chodzi. Do tego celu — wiedzie taka droga: cięciem poziomem oddzielić wargę górną od nosa i w okolicy wędzidełka wargi górnej otworzyć jamę ustną. Poczem od jamy ust, lub od zewnątrz przez nowo otworzoną furtkę, wyciąć ze środka przedniej powierzchni szczęki górnej wązki płatek śluzowo-okostnowo-kostny, mający szypułę w górze w okolicy *apertura pyriformis*. Tak utworzony płatek odłamać ku górze, wyprowadzić go z jamy ust do jamy nosowej przez poprzednio zrobiony otwór w wardze górnej i wszyć go w koniec nosa.

Lecz „*grau ist jede Theorie*“, a ta bardziej niż inne! W tych zatem przypadkach najlepiej spróbować wązintkiej blaszki z celuloidu, odpowiednio przyciętej i wygiętej, któraby należało wgoić w środek podszewkowanego płatu, między dwie blaszki. Takie skrawki celuloidu, byle aseptyczne, łatwo i dobrze się wgajają (Al. Fränkel).

Rozumie się samo przez się, że w przypadku znacznych i głęboko sięgających zbliznowaceń skóry policzka po stronie ubytku na nosie, ten sposób nie może znaleść zastósowania.

Jak przeważna część operacyi plastycznych, tak i ta, nie da się ukończyć na jednem posiedzeniu. W I-szym akcie nie więcej możemy zrobić, jak tylko wyciąć płat, złożyć go we dwoje, okrwawić górny i tylny brzeg ubytku, który mamy pokryć, przyszyć do nich zewnętrzną blaszkę płatu i zaszyć ranę na policzku, zwracając szczególniejszą baczność na ostrokończysty koniec płatu, jak to już poprzednio nadmieniliśmy. W danym razie można już teraz w środek płatu włożyć odpowiednio przykrojoną płytkę celuloidową, ustalając jej położenie zapomocą paru szwów, łączących dolne brzegi blaszki zewnętrznej i wewnętrznej płatu. Kiedy się przekonamy, że odżywienie całego płatu jest dostateczne, że płat przyrósł w górze i w tyle, tam gdzieśmy go przyszyli i że obie blaszki zrosły się ze sobą, pora przystąpić do II-go aktu operacyi, do okrwawienia przedniego brzegu płatu, wymodelowania go i przyszycia tam, gdzie należy. Z tym drugim aktem śpieszyć się nie należy, zwłaszcza w razie zabiegu, wykonanego celem zastąpienia chrzęstnej części nosa w całości, gdyż wtedy, po okrwawieniu, przycięciu i zeszyciu ze sobą stykających się

brzegów obu płatów, odżywienie blaszki zewnętrznej może być narażone na poważne niebezpieczeństwo. Zbytkiem ostrożności i długiem wyczekiwaniem zgrzeszyć nie możemy.

Kiedy i ten akt skończy się pomyślnie dla chorego, pozostanie jeszcze do wykończenia akt trzeci i ostatni, mający na celu wyrównanie pewnych nierówności w okolicy podstawy płatu i w miejscu, odpowiadającem skrzydełkom nosa. Istniejący w tem miejscu nadmiar skóry z powodu załamania się płatu, może być tylko korzystną okolicznością, temci lepiej bowiem naśladować może przyrodzoną wypukłość a raczej kształt poduszeczkowaty skrzydełek.

II. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych.

Wykład habilitacyjny

Dra J. Wiczkowskiego,

przełożonego pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

Już w roku 1872 Gull i Suttow piszą o *arterio-capillary-fibrosis;* sprawa stwardnienia rozwija się zarówno w ścianach naczyń nerkowych, jak i w ścianach innych tętnic, na osierdziu i na zastawkach. Scinmola stara się dowieść, że przyczyny wydzielania się białka w moczu, w chorobach nerkowych, nie trzeba szukać w pierwotnych zmianach w nerkach, tylko w zmienionym składzie chemizmu krwi, w zaburzonej zdolności przesączania się białka surowiczego. Wskutek zmian chemicznych krwi, najczęściej pod wpływem zboczeń w czynnościach skóry, białko łatwiej się przesącza, a przechodząc przez nerki, wywołuje w nich całą skalę zmian, od zwykłego przekrwienia aż do przewlekłego zapalenia śródmiąższowego. Tak zmieniony chemizm krwi musi naturalnie oddziałać i na inne tętnice i na serce. Jakkolwiek to są tylko teorye, nie dające się zastósować do każdego przypadku, to przecież przyznać należy, że są jakieś czynniki wewnętrzne, we krwi krążące, które mogą na ustrój oddziaływać niekorzystnie; zły ich wpływ może się objawić tak w sercu jak i w nerkach. Najczęstszą postacią zapalenia nerek w tych razach jest zapalenie śródmiąższowe, rozsiane zazwyczaj w obu nerkach. Obok tych czynników nieznanych, są inne bodźce etyologiczne, których szkodliwy wpływ na nerki rozciąga się na długi czas, na lata, a które zwykły już z miejsca wywoływać w śródmiąższu nerkowym zmiany, kończące się marskością nerek. Równocześnie odgrywają one pewną rolę i w etyologii miażdżycy tętnic, dlatego też często, wraz ze zmianami w nerkach, spostykamy wybitne zmiany w układzie naczyniowym i w sercu. Tu należą: dna, napoje wyskokowe, przewlekła kiła, cukrzyca i przewlekłe zatrucie ołowiem. Ponieważ układ naczyniowy pozostaje w ścisłym związku ze zmianami w nerkach, przeto w tych razach albo występują najpierw sprawy miażdżycowe w tętnicach, a następowo zmiany w nerkach; albo przewlekłe zapalenie nerek wywołuje w następstwie przerost serca i stwardnienie naczyń, lub też obie sprawy równorzędnie rozwijają się pod wpływem tych samych szkodliwych bodźców. Aby wyczerpać etyologię chorób nerkowych, wspomnieć wypada o ropnych zapaleniach nerek; te zostają wywołane przez urazy, zadane nerkom, zmiany nieżytowe, przenoszące się z dolnych dróg moczowych, a w szczególności nieżyty pęcherza i miedniczek nerkowych, czy to na tle miażdżycy tętnic, czy na tle piasku i kamyków, czy też z powodu rzeżączki lub nowotworów. Ropienie nerek może się wytworzyć przez przeniesienie zarazków pasorzytniczych z okolicy, a więc wśród *paranephritis, perityphlitis, parametritis, psoitis, peripsoitis,* lub też z ognisk ropnych gdziekolwiekbądź w ustroju umiejscowionych, n. p. wśród ropnicy.

Drugim, ważniejszym czynnikiem, z którym tak w rozpoznaniu, jak i rokowaniu liczyć się musimy, jest rozbiór moczu. Często, wobec niepewnych wywiadów i etyologii zapalenia nerek, jesteśmy zupełnie skazani na wynik rozbioru moczu, który nas ma pouczyć o rodzaju i okresie zapalenia nerek. Z góry winienem z naciskiem zaznaczyć, że, jak wogóle przy analizach wydzielin, nie można poprzestawać na jednorazowym rozbiorze moczu. Trzeba dłuższy czas badać mocz ranny, wieczorny, mocz zebrany z całej doby, oznaczać ilość wydzielonego moczu, bo dopiero na podstawie tak przeprowadzonego spostrzegania rozbiór moczu może dopomódz do ścisłego rozpoznania i wiernego rokowania. Zdaje mi się, że to, co powiem w sprawie rozbioru moczu, zyska na wadze, gdy się poszczycę kilkunastu tysiącami tych rozbiorów, których sam dokonałem.

Już same własności fizyczne moczu mogą nam nastręczyć cenne wskazówki. Ponieważ zachowanie się moczu, co do ilości, zabarwienia i ciężaru gatunkowego, idzie zwykle w parze, dlatego razem o nich pomówię. W ostrem zapaleniu nerek mocz jest barwy wysycono-winnej, częstokroć z odcieniem krwawo-czerwonym, lub bywa brunatno-czerwonym z powodu methemoglobiny. Takie samo zabarwienie przybierze mocz, gdy sprawa przewlekła się zaostrzy. Mocz jest zmącony moczanami, leukocytami, czerwonymi ciałkami krwi i innymi składnikami morfotycznymi. Ilość moczu jest małą, zmniejszyć się może do *minimum* i do bezmoczu; ciężar gatunkowy wysoki, 1·028—1·049. W przebiegu zastoin w nerkach mocz jest także barwy wysycono-winnej, zmącony, skąpy, okazuje wysoki ciężar gatunkowy; jednak cechującą jest różnicą, że nigdy nie zawiera krwi w takiej ilości, aby ta mogła nadać mu barwę mięsa, lub krwawo-czerwoną. Wydarzyć się może, że w przebiegu zastoin w nerkach nagle okaże się krew w moczu; jednak w tym razie wnioskować należy o nawale krwawym w nerkach, zwłaszcza gdy istnieje dostateczna przyczyna do wytłómaczenia nawału, jak np. wady zastawkowe, zapalenie śródsierdzia lub osierdzia, i gdy krew wystąpiła wśród silnego bólu w nerkach, bez gorączki.

W przewlekłem miąższowem zapaleniu barwa moczu bywa różna, zależnie od okresu i natężenia choroby, od brunatno-krwawo-czerwonej do blado-żółtej, z odcieniem zielonkowatem. Zwykle mocz bywa mętny i to tem więcej, im mniej się go wydziela, co znów zależy od mniej lub więcej silnie rozwiniętych obrzęków. Także stósownie do tego waha się w szerokich granicach ilość moczu i jego ciężar gatunkowy. Zmniejszenie się nagłe lub ciągłe ilości moczu może mieć znaczenie prognostyczne co do zagrażającej mocznicy; może, lecz nie musi. W przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu mocz jest blady z odcieniem zielonkowatym, niekiedy nawet wodnisty, przeźroczysty, o nizkim ciężarze gatunkowym, spadającym do 1,005. Charakterystycznem jest, że nawet wtedy, gdy się ilość moczu zmniejsza z powodu osłabienia akcyi serca, ciężar gatunkowy stosunkowo się nie pod-

nosi. Równorzędnie z ilością moczu zwiększa się pragnienie, które samo przez się może naprowadzić na cierpienie nerkowe, a mianowicie na przewlekłe zapalenie śródmiąższowe, jeżeli wykluczymy cukrzycę i znaczne rozdęcie żołądka. W zwyrodnieniu amyloidowem nerek mocz jest jasny, przeźroczysty, prawie bezbarwny. Wśród zapalenia ropnego w nerkach mocz jest zmącony znaczną ilością leukocytów, które pozostają długo w zawieszeniu i nie tak łatwo osadzają się na dnie naczynia. W pierwotnej gruźlicy nerek mocz jest również zmącony z powodu znacznej ilości leukocytów; może być i krwawo-czerwono zabarwiony. W tym razie charakterystyczne jest znaczne parcie na mocz, które objawia się przy zdrowym pęcherzu, a nawet niekiedy, gdy mocz jest czysty, nie zmącony leukocytami. Nadto ważnem jest wykazanie prątków gruźliczych, których szukać należy w masie drobnoziarnistej rozpadowej. Jednak nie zawsze można je wykazać tak, że brak ich nie wyklucza gruźlicy nerek, gdy podejrzenie skądinąd jest uzasadnione; z drugiej strony nawet, gdy się wykaże znanym sposobem prątki, to i te jeszcze nie dowodzą gruźlicy, gdyż w częściach zewnętrznych płciowych męskich i żeńskich znajdują się prątki, które pod względem zabarwienia się, kształtu, wielkości zachowują się zupełnie tak samo jak prątki gruźlicze, różnią się tylko odmienną hodowlą. Wogóle należy bardzo skrzętnie i ostrożnie badać, aby na podstawie rozbioru moczu rozpoznać gruźlicę w drogach moczowych. Dalej należy tu uwzględnić zachowanie się moczu w nowotworach rakowych, szczególnie wtedy, gdy nie można dokładnie wyczuć guza. W tych razach może często nie być żadnych zmian w moczu, ale występują krwotoki okresowe, lub ciągle się powtarzające. Mocz więc bywa brunatno-krwawo-czerwono zabarwiony, zwykle oddziaływania kwaśnego, mimo obecności w moczu znacznej ilości krwi. Stosunek ciałek czerwonych krwi do leukocytów taki sam, jak we krwi i jak wogóle w krwotokach nerkowych. Jeżeli zaś znajdziemy znaczniejszą ilość leukocytów, należy się oglądnąć za inną przyczyną krwotoku, chyba że się do nowotworu przyłączy nieżyt miedniczek nerkowych i pęcherza. Szczęściem, jeżeli się nowotwór zdradzi charakterystycznymi szczątkami; według mnie podejrzenie na nowotwór jest bardzo usprawiedliwione, gdy obok krwotoków nerkowych stale w osadzie moczu znajdują się różnokształtne komórki przybłonkowe i to w znaczniejszej ilości. Dalej krwotoki nerkowe mogą być wywołane przez piasek i kamyczki, umiejscowione w miedniczkach nerkowych. W tym razie obecność wielkiej ilości kryształków kwasu moczowego, szczególnie w kształcie lancetowatym lub kryształków szczawianu wapniowego i to pojedyńczo lub w gromadkach, lub znajdujących się w odłamkach obok pewnych danych klinicznych, jest rozstrzygającą, szczególnie gdy krwotok rychło mija, białko ustępuje, znikają inne składniki morfotyczne, między nimi mogą być i wałeczki, pozostaje zaś sprawa krwotoku, t. j. kryształki wyżej wymienione. Oddziaływanie moczu bywa mniej lub więcej kwaśne we wszystkich postaciach zapaleń nerkowych, czasem tylko słabo alkaliczne gdy ilość moczu jest wielką, jak w przewlekłem zapaleniu śródmiąższowem. Mocz oddziaływa kwaśno, a nawet wybitnie kwaśno, mimo znacznej ilości leukocytów w nim zawartych, gdy leukocyty z nerek pochodzą, objaw dość charakterystyczny i stały przy odróżnieniu ropień czysto nerkowych od ropień pęcherzowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

W sprawie artykułu Dra K. Lewkowicza p. t.: „O szerzeniu się zimnicy i możliwości zapobiegania jej endemiom“, umieszczonego w Nrze 33 „Przeglądu Lek.“, otrzymaliśmy dwa listy, które poniżej, wraz z odpowiedzią Dra Lewkowicza, — umieszczamy:

I. W sprawie szerzenia się zimnicy.

W obrazie etyologii zimnicy, zarysowanym przez Dra K. Lewkowicza (patrz „Przegląd Lek.“, Nr. 33) istnieją dla mnie pewne niedomówienia.

Wiadomo, że chorzy, opuszczający miejsca endemią zimniczą dotknięte, o wiele łatwiej się tego cierpienia pozbywają, aniżeli pozostający w takich okolicach.

Gdyby ci ostatni ulegali trwale chorobie dla tego, że są wystawieni na coraz to nowe zarażenie przez komary, natenczas dziwnąby była stałość typu zimnicy, jaką widzimy u nawiedzonego tą chorobą. Bo jakkolwiek u nas spotykamy przeważnie zimnicę trzeciaczkową, a napad poczynający się zrana, to jednak bywają miejscowości, gdzie istnieją różne typy; więc gdyby trwanie zimnicy miało zależeć od ponownego zakażenia się, to powtarzam, dziwnemby było, dla czego na pewnego osobnika przenoszą komary stale tylko o pewnej godzinie dnia jedną z postaci zimnicy. Wszak nawet długotrwałe przypadki nie zmieniają zazwyczaj typu, a poprawa przychodzi po opuszczeniu miejscowości malarycznej.

Przeciw takiemu tłómaczeniu uporczywości trwania zimnicy przemawia zresztą fakt powrotu tej choroby w czasie surowej zimy, kiedy o ponownem zarażeniu (przez komary) mowy być nie może. Pasorzyty przez czas długi mogą się we krwi chować, nie potrzebując odnowy z zewnątrz.

To też fakt, że opuszczenie miejscowości zimniczej jest w wielu przypadkach najdzielniejszym środkiem leczniczym, powinien, zdaniem mojem, być poważnie pod uwagę branym przy rozstrzasaniu przyczyn zimnicy. Przemawia on za tem, że w etyologii tego cierpienia nie tylko zarażenie przez komary gra rolę, ale i inne jakieś, nieznane czynniki.

Nieznane, nie znaczy to jednak, by miały być zapoznawane.

Łódź, 28 Sierpnia 1898 r.

Seweryn Sterling.

II. Kilka uwag z powodu artykułu kol. Lewkowicza, p. t „*O szerzeniu się zimnicy i możliwości skutecznego zapobiegania jej endemiom*“.

W artykule umieszczonym w Nrze 33 „Przeglądu Lekarskiego“ podaje kol. Lewkowicz projekt, aby całą ludność okolic zimniczych poddać leczeniu chininowemu, trwającemu 2 tygodnie. Ma ono mieć na celu wyleczenie wszystkich przypadków zimnicy, a tem samem usunięcie tej choroby z powierzchni ziemi. Rozpatrując bliżej ten projekt, musimy go uznać za chybiony, nie prowadzący do zamierzonego celu.

Nie jest moim zamiarem poddawać rozbiorowi patogenetycznych podstaw pomysłu kolegi L., który sam uznaje, że są one tylko przypuszczalne, a mogą się okazać niepewnemi. Nawiasowo tylko zauważę, iż rozprawa kolegi L. nie tłómaczy dostatecznie, dlaczego Koch, zarówno jak i kol. L., obwiniają głównie komary (i mustyki), o przeszczepianie zimnicy, a pomijają milczeniem inne rodzaje muchówek, jakoteż pchły i pluskwy, wogóle inne owady żyjące w naszem podniebiu, które ranią człowieka do krwi, a przeto również mogłyby być posądzone o przenoszenie pasorzytów zimniczych z ludzi chorych na zdrowych.

Ale gdyby nawet badania, w tym kierunku prowadzone, okazały zupełną słuszność tej teoryi, w niczemby to nie wpłynęło na wartość wniosku kolegi L., ponieważ terapeutyczna jego zasada jest błędną. Mianowicie, kol. L. utrzymuje [1]), że chinina zabija wszystkie pasorzyty zimnicze, we

[1]) Por. „Przegląd Lek.“, Nr. 28, str. 344.

krwi się znajdujące i leczy wszystkie bez wyjątku przypadki zimnicy naszego klimatu. Oczywiście jest to twierdzenie nowe, dotychczas w nauce niewygłoszone, a nadto sprzeczne ze zdaniem i doświadczeniem klinicystów i autorów piszących o tym przedmiocie, którzy wszyscy dotychczas zgodnie sądzą, że chinina w zimnicy nie jest środkiem bezwzględnie pewnym. Przytoczę ogłoszone w naszym „Przeglądzie Lek.“ spostrzeżenia prof. Pareńskiego i S. Blatteisa z roku 1893 na str. 3, o przypadkach zimnicy z plasmodyami półksiężycowemi, opierającemi się działaniu chininy, a dalej autorowie ci powiadają: „Wspomnieć musimy o dwóch przypadkach, w których podawanie chininy nie wywarło żadnego skutku i nie było w stanie usunąć ze krwi śródciałkowych plasmodyów“. Już te przypadki, metodycznie spostrzegane, osłabiają apodyktyczność twierdzenia kolegi L. Dalej przemawia przeciw niemu również i moje doświadczenie, oparte na materyale obfitym (przeszło 1000 chorych na zimnicę rocznie), który częściowo obserwuję w tutejszym szpitalu i rozpoznanie stwierdzam mikroskopowem badaniem krwi, co uważam za najważniejsze, przy ciągłej styczności z ludem, wielu chorych mam w dłuższej obserwacyi po opuszczeniu szpitala, a przynajmniej łatwo mi zasięgnąć wiadomości o wynikach przeprowadzonego leczenia. Otóż przekonałem się, że przypadki, w których chinina nie usuwa napadów zimniczych (wzgl. gorączki), należą do wyjątkowo rzadkich, ale przecież się zdarzających; tak np. w lipcu b. r. spostrzegałem przypadek, gdzie po wyżyciu 11 gramów chininy, w przeciągu 8 dni, chora dalej gorączkowała i miała bardzo liczne śródciałkowe *amoeby* we krwi.

Natomiast bardzo często napotykam przypadki, gdzie chinina, używana w dostatecznej ilości i w odpowiedni sposób, usuwa na razie napady zimnicze (i pasorzyty z krwi obwodowej); a pomimo tego zakażenie zimnicze nie ustępuje, ale się utaja i trwa dalej; objawia się ono często niedokrewnością, zaburzeniami w trawieniu, nieżytem oskrzelowym, osłabieniem ogólnem, powiększeniem śledziony.

Plasmodyów we krwi wykazać nie można, chinina, podawana nawet tygodniami i miesiącami, stanu tego nie usuwa i prędzej albo później występują znowu typowe napady zimnicze.

Chory dobrze odżywiony, posiadający większy zasób sił żywotnych, a nie przyzwyczajony do zwracania uwagi na objawy somatyczne, podczas tych dłuższych przerw (intermisyi) nie doznaje żadnych dolegliwości, ani nawet przedmiotowo (prócz obrzęku śledziony), żadnych objawów wykazać nie można. A jednakowoż, gdy w pewien czas po ukończeniu leczenia chininowego, występuje nawrót zimnicy o tym samym torze gorączkowym, z tym samym szeregiem objawów towarzyszących i gdy przytem, badając krew, znajduję ten sam gatunek pasorzytów, wówczas rozpoznaję u chorego nie nowe zakażenie, lecz nawrót zakażenia pierwotnego, które było przez pewien czas utajonem. Takich przypadków spostrzegałem bardzo znaczną liczbę; wiele z nich (np. we własnej rodzinie) miałem w bardzo dokładnej obserwacyi. Niech mi tu wolno będzie przytoczyć wybitny przypadek tego rodzaju, spostrzegany w klinice lekarskiej krakowskiej: chory, u którego rozpoznanie zimnicy było stwierdzone badaniem krwi, ciągle ulegał jej nawrotom, pomimo, iż przez $2^1/_2$ miesiące zażywał z małymi przestankami, po 1—2 gramów chininy dziennie. Prof. Korczyński tłómaczył tego rodzaju przypadki w ten sposób, że wśród tkanek ustroju istnieją niejako schroniska (asyla) dla pasorzytów zimniczych (np. w śledzionie), dokąd, wskutek pewnych właściwości krążenia krwi, czy też endosmozy, zażyta chinina nie dochodzi w dostatecznej ilości, aby mogła tam zarazki doszczętnie wygubić.

Również można myśleć o rozmaitej oporności na działanie chininy u poszczególnych osobników pasorzytniczych, albowiem można zauważyć, że po małej dawce chininy tylko część pasorzytów we krwi ginie, część zaś pozostaje, lecz ich ilość znacznie się zmniejsza; a napady, chociaż słabsze, trwają dalej.

Skoro więc, pomimo używania przez czas dłuższy dużych dawek chininy, zdoła się gdziekolwiek w ustroju utrzymać przy życiu tylko kilka pasorzytów, a chociażby nawet jeden, to oczywiście badanie krwi z palca wcale ich nie wykaże, a one pomimo tego będą i, po pewnym czasie, znów wywołują napady zimnicze. W tych więc przypadkach, niemożność znalezienia pasorzytów we krwi obwodowej, nie dowodzi jeszcze doszczętnego wyleczenia zimnicy; a dopiero dłuższa następowa obserwacya może rozstrzygnąć, czy ono istotnie nastąpiło.

W szczególności zaś wyniki moich doświadczeń w przedmiocie działania chininy na przypadki zimnicy z pasorzytami półksiężycowymi są zupełnie odmienne od spostrzeżeń kolegi L. Mianowicie przekonałem się wielokrotnie, że chinina w tej postaci zimnicy usuwa napady i gorączkę na czas bardzo krótki, nie wpływa zaś wcale na znachodzenie się półksiężyców i ich ilość we krwi, nawet przy dłuższem podawaniu leku; gdy chory zaprzestanie go używać, nawroty występują tak szybko, że to jest poniekąd charakterystyczną właściwością tej postaci zimnicy. Trwałe wyniki leczenia tych przypadków miałem dotychczas wyłącznie po podawaniu błękitu metylenowego. Tak więc i pod tym względem własnem doświadczeniem potwierdzić mogę wyniki badań dawniejszych, a różnicę zdania kolegi L. tłómaczę głównie tem, że chorzy, wypuszczeni ze szpitala, zbyt prędko uchylali się od dalszej obserwacyi, gdy kolega L. uważał ich już za wyleczonych. Jest możliwem, że jednostajność materyału (wyłącznie bowiem badał kol. L. dzieci) również wpłynęła na odrębność wyników. Tak tedy przychodzimy do przekonania, że podawanie chininy całym masom ludności, według wniosku kolegi L., nie doprowadziłoby do zamierzonego skutku, to jest nie wyleczyłoby trwale wszystkich chorych na zimnicę, nawet w niektórych przypadkach nie usunęłoby gorączki, a bynajmniej nie zgładziłoby wszystkich pasorzytów zimniczych.

Nadto można przewidzieć szkody, jakie to postępowanie mieć będzie: że osoby, mające idyosynkrazyę do chininy, 2-tygodniowe zażywanie dużych dawek przepłacą życiem; a ponieważ chinina działa jako *abortivum*, skutkiem wykonania planów kolegi L. wystąpią liczne poronienia. Także w praktycznem wykonaniu projekt ten napotka nieprzezwyciężone trudności, bo ani istniejące drzewa chinowe i dotychczasowa fabrykacya alkaloidu nie wystarczą dla tak olbrzymiego zapotrzebowania, ani też nie znajdzie się państwo ani prywatna osoba, któraby ofiarowała tyle milionów dla tak problematycznego celu. Wreszcie ludność zdrową, a po części i chorą, w okolicach zimniczych, chyba przemocą i pod grozą bagnetów możnaby było zmusić do znoszenia ubocznych objawów chininy przez 2 tygodnie. Wniosek ten przeto należy uznać za zbyt pospieszny; natomiast w sprawach poruszonych przez kolegę L. znajduje się inna rzecz, posiadająca dla naszego kraju bez porównania ważniejsze znaczenie.

Podnieść bowiem potrzeba, że zimnica jest u nas większą plagą, niż to powszechnie się mniema. Przyzwyczaiwszy w moim okręgu sanitarnym ludność do rozpoznawania zimnicy (której dawniej u dzieci wieśniacy tutejsi wcale nie uznawali), znajduję w sprawozdaniach oglądaczy około $^1/_2$ ‰ śmierci wśród napadów zimniczych, a przypadki te, zdarzające się głównie u dzieci, niejednokrotnie następowo stwierdziłem wywiadami u rodziny zmarłego i oglądaniem zwłok (przyczem znajduję zabarwienie ziemiste skóry). Na tej podstawie sadzę, że zimnica złośliwa (int. perniciosa) nie jest wcale zjawiskiem wyjątkowem w mojej okolicy, a owszem wpływa na ogólną liczbę śmiertelności. Gdy nadto uważam często przypadki śmierci z zapalenia płuc, lub biegunki, przyłączającej się do zimnicy u dzieci, to przez doliczenie tych przypadków wzrośnie jeszcze bardziej odsetek śmiertelności, spowodowanej przez zimnicę.

Skłonny jestem przypuścić, że tak samo dzieje się nietylko w okręgu moszczańskim, ale i w wielu innych bagnistych okolicach kraju, w dorzeczu Wisły, Dniestru i ich

dopływów i że zimnica należy do najważniejszych przyczyn wysokiego odsetka śmiertelności w Galicyi. Przypuszczenie moje popiera fakt, że w powiatach górskich (Limanowa, Gorlice, Jasło, Krosno), które ani pod względem ekonomicznym ani higienicznym nie stoją wyżej od innych, gdzie jednak zimnica się nie pojawia, śmiertelność wogóle, a zwłaszcza u dzieci poniżej 5 roku życia, jest najmniejszą.

Że częstość przypadków śmierci z powodu zimnicy dotychczas dostatecznie się nie ujawniła, pochodzi to stąd, że przypadki śmiertelne z zimnicy są po największej części wcale nie leczone przez lekarzy i nie rozpoznane przez otoczenie i wiejskich oglądaczy zwłok, co do właściwej przyczyny śmierci, a przeto do wiadomości ogółu nie dochodzą.

A z tych powodów sprawa leczenia zimnicy, zwłaszcza u dzieci, ma pierwszorzędną wagę i znaczenie dla ogólnych zdrowotnych stosunków kraju. Leczenie bowiem zapomocą chininy, w klinice i szpitalu w każdym przypadku wykonalne (wewnętrznie lub w lawatywie, w postaci czopków, wreszcie podskórnie), w praktyce wiejskiej z konieczności ogranicza się do podawania wewnętrznego, a ta metoda u dzieci daje wyniki zgoła już niedostateczne. Dziecko bowiem często podaną dawkę zwymiotuje; a gdy nawet ją zatrzyma, to następnemu użyciu leku stawia taki opór, że matki dalszego podawania zaprzestają, zwłaszcza gdy pierwsza dawka usunęła napady. A skutkiem tego nawet leczone dzieci używają za mało chininy; nawroty rychło następują, co jeszcze bardziej do leczenia zniechęca. A zatem gorżki smak chininy należy do przyczyn, które leczenie dzieci wogóle czyni tak niepopularnem wśród ludu.

Wobec tego należy powitać dawno oczekiwany wynalazek środka przeciwzimniczego, pozbawionego przykrego smaku, t. j. euchininy, jako fakt wielkiej doniosłości. Przetwór ten, działający pewnie i korzystnie, w niektórych przypadkach usuwa zimnicę trwale, gdy przedtem podawane inne przetwory chininy zawiodły; ma on w leczeniu dzieci wieśniaczych wielką przyszłość przed sobą i można się spodziewać, że jako środek łatwy do stósowania, gdy stanieje, będzie dawać bez porównania lepsze wyniki, niż chinina, gdyż dzieci go nie wymiotują i łatwo dają się skłonić do dłuższego zażywania. A gdy się ten środek upowszechni (ewentualnie przy pomocy władz rządowych), wzrośnie wogóle zaufanie ludności wiejskiej do leczenia i do lekarzy, co niewątpliwie przyczyni się do zmniejszenia odsetka śmiertelności.

W Moszczanach, dnia 5 września, 1898.

Dr. Zenon Grossek,
lekarz okręgowy.

Na listy Drów Sterlinga i Grosseka dał Dr. Lewkowicz następującą odpowiedź:

I. Odpowiedź Dr. Sterlingowi.

Dr. Sterling nie może sobie wytłómaczyć, dlaczego przy nawrotach zimnicy tor gorączki się nie zmienia, chociaż leczenie chininowe sprowadzać ma zupełne wyleczenie. Otóż wcale nie myślałem twierdzić, że każde leczenie chininowe, które na razie usunęło napady, znosi w zupełności zakażenie zimnicze. Owszem, po niewystarczającem leczeniu, które niekiedy w celach doświadczalnych na klinice stósowałem, występował często widocznie, bez powtórnego zakażenia, nawrót choroby i to dopiero po kilku tygodniach.

Co się tyczy drugiego zarzutu, że mogą istnieć przypadki, w których zimnica opiera się leczeniu chininą, a ustępuje dopiero po opuszczeniu okolic zimniczych przez chorego, to nie ulegałoby wątpliwości, że podania te opierają się chyba zawsze na mylnem rozpoznaniu. Mojem zdaniem dowodziłaby tego już sama bezskuteczność chininy, ale ostatecznie jedynie badanie krwi i dłuższa obserwacya, bez podania, lub po usunięciu wszelkich środków przeciwzimniczych, mogłaby sprawę rozjaśnić. Zapewne najczęściej chodzi o sprawy pozimnicze, które lekarza, nie mogącego się posłużyć badaniem krwi, łatwo wprowadzają na błędną drogę. Same przez się, lub też przez rozwijające się na ich tle wtórorzędne choroby, sprowadzają one różne zaburzenia i objawy, zwykle za zimnicze uważane, a właściwie nic nie mające wspólnego z zimnicą, gdyż nie polegające na obecności pasorzytów zimniczych, stąd też i nie ustępujące po zastósowaniu chininy. Zmiana miejsca pobytu może wpłynąć korzystnie na usunięcie, lub zmniejszenie tych zmian pozimniczych; niedokrewności, obrzęków miąższowych narządów jamy brzusznej i t. d., a temsamem i na przypady, które się w ich następstwie rozwinęły. Nie można jednak na podstawie podobnych przypadków twierdzić, że opuszczenie okolic zimniczych może być kiedykolwiek najdzielniejszym środkiem w leczeniu zimnicy.

II. Odpowiedź Dr. Grossekowi.

Głównym zarzutem Dr. Grosseka, z jakim występuje przeciw memu projektowi wyniszczenia zimnicy, ma być okoliczność, że chinina w pewnych przypadkach zimnicy zupełnie zawodzi, nawet przy dłuższem stósowaniu. Twierdzenie to stara się on poprzeć powagą wszystkich bez wyjątku autorów, którzy w zakresie zimnicy pracowali, a przeciwne moje zapatrywanie nazywa zupełnie nowem. Tymczasem mogę się powołać na spostrzeżenia Marchouda [1]), który stanowczo oświadcza, że chinina przy zimnicy jest środkiem bezwzględnie pewnym, a te przypadki, w których ona nie działa, okazują się zawsze czem innem, a nie zimnicą, a więc np. gruźlicą, lub, jak to sam autor stwierdził na kilku przypadkach, durem brzusznym. Spostrzeżenia te dowodzą zarazem, że nie do jednostronności mego materyału, do doświadczeń wykonanych wyłącznie na dzieciach, należy odnieść dobre wyniki przy leczeniu chininą, lecz jedynie do ścisłości rozpoznania, opartego, podobnie jak u Marchouda, zawsze na badaniu krwi.

Wprawdzie i w przypadkach kol. Grosseka, które tak są dla mego zapatrywania niekorzystne, rozpoznanie ma być ścisłe, gdyż na badaniu krwi oparte; można jednak pod tym względem mieć pewne wątpliwości. Wszakże wiadomem jest, jak to wykazał Wernicki, że niektórzy badacze uważali przez cały szereg lat pewne składniki prawidłowej krwi za pasorzyty zimnicze, mianowicie za ich zarodniki, dopóki się nie okazało, że chodzi tu głównie o ziarninę rozpadłych ciałek białych. O wiele łatwiej taka lub podobna pomyłka mogła się zdarzyć kol. Grossekowi i stać się powodem jego złych, lub nietrwałych wyników przy stósowaniu chininy. Z drugiej strony możebnem jest, że kol. Grossek w swych przypadkach przeoczył jakie inne choroby gorączkowe, które nie ustępują po podaniu chininy, a mogły istnieć obok zimnicy, przez badanie krwi niewątpliwie stwierdzić się dającej.

Przypadki Pareńskiego i Blatteisa, którzy zresztą mają tę zasługę, że pierwsi u nas spostrzegali i opisali zimnicę na tle półksiężyców, także nie wiele dowodzą, zbyt bowiem krótko były obserwowane i zbyt pospiesznie, nie czekając na ostateczny wynik podawania chininy, przechodzono do błękitu metylenowego. To samo zapewne możnaby powiedzieć o odpowiednich spostrzeżeniach kol. Grosseka. Z kilku moich doświadczeń, z których jedno ogłoszonem zostało przy sposobności omawiania skuteczności euchininy [2]), okazuje się, że półksiężyce nawet po dłużej (8 dni) trwającem stósowaniu chininy mogą się wprawdzie utrzymywać we krwi przez kilkanaście dni; są to jednak twory widocznie już w żywotności upośledzone, nie zdolne do rozmnażania się i ginące w końcu bez śladu. Gdyby w naszych przypadkach w tym okresie, w którym przestano podawać chininę, a w którym półksiężyce można było jeszcze stwierdzić, podany został błękit metylenowy, to ostateczne ustąpienie pasorzytów i wyleczenie odniosłoby się łatwo do tego leku, a to byłoby, jak się okazuje błędnem.

Nie uzasadniony jest także zarzut, żeby moje spostrzeżenia trwały krótko, gdyż niektóre przypadki, po odstawieniu chininy, pozostawały na klinice po parę miesięcy.

---

[1]) Annales de l'institut Pasteur, 1897 czy 1898.
[2]) Przegląd lekarski, Nr. 33, 1898.

Jednem słowem, chociaż nie mogę przytoczyć bezwzględnego dowodu na to, że spostrzeżenie innych autorów, które dla skuteczności chininy wypadły niekorzystnie, są mylne, to przecież muszę to uważać za prawdopodobne wobec faktu, że można przeciw nim podnieść rozmaite zarzuty i że w moim materyale klinicznym z dwóch lat zebranym, a bardzo licznym, gdyż już w roku bieżącym dochodzącym do setki, nigdy się z podobnymi przypadkami nie spotkałem. To też, mimo pełnej świadomości tej sprzeczności, jaka zachodzi między memi zapatrywaniami, a doświadczeniem innych autorów, mogę się, jako podstawą do wyciągania wniosków, posługiwać tylko własnym materyałem.

Co do samego przeprowadzenia projektów wytępienia zimnicy, to nikt chyba nie będzie myślał o zastósowaniu go w większych rozmiarach, dopóki nie zostanie wypróbowany w małych. Jeżeliby próby wypadły korzystnie, wtedy i wyniki szerszego zastósowania przestaną być problematyczne. Trudności, na jakieby zastósowanie projektu natrafić mogło, dałyby się wtedy niewątpliwie pokonać, bo przecież i zaprowadzenie szczepienia ochronnego przeciw ospie miało początkowo wielkie przeszkody do pokonania, a obecnie, w niektórych przynajmniej krajach, na całej ludności przymusowo jest stósowane. Niebezpieczeństwa, z któremi to postępowanie mogłoby być połączone, jeżeli wogóle istnieją, są nadzwyczaj małe; wreszcie znalazłyby się niezawodnie drogi do ich ominięcia.

Zakopane 10. IX. 1898.

Dr. Ksawery Lewkowicz.

IV. Wyciągi.

Kraft-Ebbing: **O wiądzie rdzenia** (wykład kliniczny). *(Allgem. Wiener. med. Ztg.* 1898, Nr. 30, 31, 32, 33). Wiąd rdzenia polega według dzisiejszych pojęć anatomicznie na pierwotnym zaniku tylnych korzonków, który zajmuje także włókna osiowe (przeciwnie, niż stwardnienie rozsiane). Na miejscu tkanki nerwowej buja neuroglia. Dawniej uważano wiąd za systematyczne schorzenie rdzenia. Niewątpliwie pewien odcinek sznurów tylnych jest w wiądzie zawsze sprawą chorobową zajęty, a mianowicie zewnętrzna część sznurów tylnych, tzw. sznury klinowate. Sprawa zaczyna się najczęściej w części lędźwiowej, przechodząc szybko na część krzyżową i piersiową rdzenia; bardzo rzadko natomiast jest pierwotną siedzibą choroby rdzeń szyjny. A wówczas bezład pojawia się wcześniej w kończynach górnych, niż dolnych. Za systematyczne schorzenie rdzenia nie można wiądu uważać dlatego, ponieważ zawsze prawie bywa zajęty to ten, to ów nerw mózgowy; co więcej, z nowszych badań wynika, że niektóre objawy kliniczne polegają na zajęciu nerwów obwodowych. Stąd też należy wiąd uważać za sprawę, dotykającą zarówno układ nerwowy ośrodkowy, jak odcinki obwodowe. Zależnie też od usadowienia sprawy chorobowej powstają, zwłaszcza w okresie początkowym wiądu, najróżnorodniejsze objawy kliniczne, i chorzy dostają się nieraz wcześniej w ręce okulisty, laryngologa lub specyalisty chorób żołądka, niż neuropatologa. Ze wszech miar praktyczny jest dawny podział przebiegu wiądu na 3 okresy: początkowy, okres pełnego rozwoju (bezład) i końcowy, w którym sprawa anatomiczna rozszerza się także na przednie i tylne rogi i sąsiednie części sznurów bocznych rdzenia i łączy się z porażeniem postępującem lub z porażeniem opuszkowem. Najstalsze objawy początków wiądu zależą od zmian w części lędźwiowej rdzenia, a zaliczają się tutaj oprócz zniesienia odruchów kolanowych, bóle strzelające w nogach, zaburzenia moczowe i płciowe, oraz wysepkowate znieczulenie skóry. Co do odruchów kolanowych, to nie są one wcale tak często zupełnie zniesione, jak dawniej sądzono; zazwyczaj w początkach wiądu są one tylko osłabione, często niejednomiernie (zależnie od tego, po której stronie rdzenia zmiany są znaczniejsze) i dlatego należy bardzo starannie je badać. Bóle strzelające o znanych cechach, pojawić się mogą nietylko w nogach, lecz także i w rękach, jeśli zajętym jest rdzeń szyjny, jakoteż w twarzy, jeśli dotkniętym został korzonek n. trójdzielnego. Należy o tem pamiętać, aby nie rozpoznawać błędnie bólów gośćcowych i nie skazywać chorych na leczenie w cieplicach, które według doświadczenia Dra Karmina jest zawsze dla dotkniętych wiądem szkodliwe.

Wysepkowate znieczulenia pojawiają się najczęściej na tułowiu i przybierają niekiedy dokładną postać odcinków, odpowiadających rozgałęzieniom tych nerwów, których korzonki w rdzeniu są zajęte. Czasem chorzy sami znieczulenia takie zauważają, częściej jednak wykrywa je dopiero dokładne badanie. Najczęściej zmienionym jest dotyk, czasem jednak także i czucie bólu. Ponieważ stwierdzono w ostatnich czasach, że znieczulenia te są nader pospolitem zjawiskiem, dlatego należy ich w wątpliwych przypadkach starannie poszukiwać; znalezione są cenną wskazówką rozpoznawczą.

Znaczenie objawu Argyll.-Robertsona nie potrzebuje objaśnień. Częstem zjawiskiem w początkach wiądu jest dwuwidzenie; w ocenie tego objawu należy jednak być ostrożnym, ponieważ może on być skutkiem gośćcowego zapalenia jakiegoś nerwu. W każdym jednak razie porażenia mięśni ocznych nawołują do baczności. Często ustępują one bez śladu, co dawniej niesłusznie przypisywano leczeniu elektrycznością. Najczęściej bywa porażony n. okoruchowy, rzadziej odwodzący; nadzwyczaj rzadko zdarza się w wiądzie *ophtalmoplegia totalis*. U 23% chorych spotyka się we wczesnym okresie wiądu zanik n. wzrokowego; wprawdzie może on wystąpić zawsze, jednak tem mniej można go się obawiać, im chory znajduje się bliżej okresu bezładu. Zanik ten posuwa się zawsze od obwodu ku środkowi; środkowe „*scotomata*“ nie zdarzają się nigdy. Zwężenie pola widzenia zwykle jest dośrodkowe, rzadziej nieregularnie wycinkowate. Ślepota na barwy dotyczy najwcześniej kolorów zielonego i czerwonego (odwrotnie, niż w histeryi).

Napady żołądkowe („*crises gastriques*“) zależą w części od schorzenia gałązek czuciowych nerwu błędnego (bóle napadowe) w części są to zaburzenia ruchowe (nieuśmierzone wymioty) i wydzielnicze („*hyperaciditas*“).

Początkowy ten okres wiądu trwać może od kilku miesięcy do kilku lat, niekiedy nawet lat kilkanaście (spostrzegano już trwanie 20—22 letnie). Odnosząc przyczyny wiądu rdzenia prawie wyłącznie do zakażenia kiłowego (wykazanego w 90% przypadków), stwierdza K., że początek objawów wiądu występuje mniej więcej w 10 do 15 lat po zakażeniu kiłą.

Drugi okres wiądu, t. j. szczyt jego rozwoju cechuje się bezładem ruchów, który Leyden tłómaczył utratą czucia, Erb zajęciem włókien nerwowych dośrodkowych, biegnących w sąsiedztwie sznurów klinowatych, a służących rzekomo wyłącznie do skojarzenia ruchów, a Charcot i Cyon schorzeniem właściwego narzadu skojarzenia ruchów, który z czuciem nie ma nic wspólnego, a który składa się z włókien wchodzących do rogów tylnych i nie dażących do mózgu, jako tzw. długie drogi, i z włókien ruchowych, biorących początek w komórkach rogów przednich. Za tą ostatnią teoryą oświadcza się K.—E.

Należy odróżnić bezład w staniu i bezład w chodzie. Drogi służące dla skojarzenia każdej z tych czynności są prawdopodobnie odrębne. Stanie jest związane z utrzymaniem równowagi i zależy od trzech czynników, od trojakich dróg nerwowych: rdzeniowej, usznej i ocznej. Droga rdzeniowa przebiega na obwodzie sznurów bocznych (tzw. „Kleinhirnseitenstrangbahn“); uszna bierze początek w błędniku. Usuwając działanie drogi ocznej u dotkniętego wiądem, t. j. zamykając mu oczy, utrudnia się równowagę (objaw Romberga); istnienie objawu Romberga dowodzi stanowczo, że

zajęte są boczne drogi móżdżkowe („Kleinhirnseitenstrangbahnen".) Bezład w chodzie jest pochodzenia rdzeniowego, a podstawą jego są zmiany w rogach przednich i tylnych. Aby wykryć niższe stopnie bezładu w chodzie, należy badać chorego zamknąwszy mu oczy i używać sposobów złożonych: kazać mu schodzić ze schodów, skakać na jednej nodze, wykonywać oznaczone ruchy nogami itd. Sam bezład nie jest dowodem istnienia wiądu, zdarza się on bowiem w histeryi, we wszystkich chorobach, zajmujących sznury tylne (np. w pewnych przypadkach rozsianego stwardnienia), w niektórych cierpieniach wyższych odcinków układu nerwowego ośrodkowego. Oprócz napadów żołądkowych („crises gastriques") pojawiają się też w drugim okresie wiądu napady „krtaniowe", mające pozór napadów krztuśca, napady „przełykowe" (rzadkie, — są to skurcze napadowe mięśni przełyku), dalej napady „sercowe" pod postacią *„angina pectoris"*, napady naśladujące kolkę wątrobową lub nerkową, napady „jelitowe", jako wodnista biegunka, napady parcia na mocz itd. Zaburzenia czucia często dotyczą silniej czucia bólu, niż dotyku (spóźnione odczuwanie bólu). W przypadkach posuniętych daleko znika czucie głębokie (mięśniowe). Zdarzają się też czasowe porażenia, zwłaszcza poprzeczne (paraplegia), zazwyczaj później ustępujące.

Przejście wiądu z okresu drugiego w trzeci zaznacza się często wystąpieniem zaburzeń odżywczych stawów *(athropathia tabidorum)*, skóry, mięśni i kości. Tu należy zdarzające się niekiedy „mal perforant du pied".

W ciągu trzeciego okresu, który nie odgranicza się ostro od drugiego, zwiększają się zaburzenia odżywcze (odleżyny, zaniki mięśni i porażenia a czasem przyłącza się porażenie opuszkowe lub niedołęztwo porażenne. Okres ten może trwać bardzo długo, zwłaszcza, jeśli wiąd od początku rozwijał się względnie łagodnie; wyniszczeni i przykuci do łóżka chorzy giną zwykle wskutek powikłań, najczęściej na suchoty.

W rozpoznawaniu pamiętać należy o tem, że obok bardzo znamiennych przypadków (brak odruchów kolanowych, objaw Robertsona, zaburzenia pęcherzowe, bóle strzelające, porażenia mięśni ocznych — występujące równocześnie) zdarza się przebieg bardzo atypowy. Bóle strzelające łatwiej odróżnić od bólów gośćcowych, rwy kulszowej itd., niż od podobnych bólów obustronnych w przebiegu guzów dolnego odcinka rdzenia, cukrzycy itd. Bóle i zniesienie odruchów kolanowych spotyka się w zapaleniach nerwów obwodowych pochodzenia wyskokowego lub zakaźnego; cierpienia te jednak powstają dość nagle (w ciągu kilkunastu dni), wśród bólów nerwowych i mięśniowych przy uciskaniu, wiążą się z szybko się pojawiającymi zanikami mięśni i zmianami w pobudliwości elektrycznej, nawet zazwyczaj z odczynem zwyrodnienia. Zaburzenia oczne w rozsianem zapaleniu nerwów polegają na *neuroretinitis*, nigdy zaś na zaniku tarczy; porażenia mięśni ocznych są w niem nader rzadkie. W błąd mogą wprowadzać lekarza przypadki neurastenii rdzeniowej, jednak tylko na chwilę, chyba, że pod neurastenią ukrywa się jeszcze i wiąd, co zresztą nie jest częste. Neurastenicy zgłaszają się do lekarza zazwyczaj z gotowem, a przez siebie wyszukanem, rozpoznaniem wiądu; chorych takich nie należy lekceważyć, lecz badać trzeba bardzo sumiennie i dokładnie, także ze względu na wpływ moralny na chorego. Przed istotnie chorym na wiąd najwłaściwiej rozpoznanie zataić, pamiętając o olbrzymim wpływie usposobienia psychicznego na stan ogólny i o tem, że na pniu cierpień organicznych układu nerwowego lubią bujać rozmaite zboczenia czynnościowe, jeśli im się do tego da sposobność (histerya).

Pewne trudności rozpoznawcze mogą się nastręczać w niektórych postaciach stwardnienia rozsianego rdzenia, w których zdarzają się, tak, jak i w wiądzie, parestezye i bóle, a w których ognisko usadowiło się w ten sposób, że wywołuje zaburzenia pęcherzowe, oczne, lub nawet bezład ruchów. Odróżnienie obu cierpień nie jest jednak zazwyczaj trudne; wiąd nie występuje prawie nigdy w tym wieku, w którym już pojawia się stwardnienie, ono zaś znowu nigdy prawie nie wywołuje objawu Robertsona, przeciwnie łączy się prawie zawsze ze znamiennem drżeniem, zaburzeniami mowy, wygórowaniem odruchów itd.; porażenia należą do późnych okresów wiądu, a objawy spastyczne nie są jego właściwością itp. Ważniejsze jest rozróżnienie wiądu od choroby Friedreicha, która ma tyle z nim podobieństw, że sam Friedreich uważał ją za odmianę wiądu. Jednakże choroba Friedreicha jest sprawą wybitnie dziedziczną i pojawia się już we wczesnej młodości, a więc w okresie, w którym wiąd nie zdarza się (z wyjątkiem postaci dziedzicznych); bezład w chorobie Friedreicha jest przedewszystkiem statyczny, wcześnie też występują w tej sprawie *„nystagmus"* i zaburzenia opuszkowe mowy, nigdy zaś nie zdarza się objaw Robertsona, porażenie mięśni ocznych itp. W końcu należy pamiętać o tem, że może istnieć bezład histeryczny, nieraz do złudzenia podobny do bezładu wiądowego i łączący się często z objawem Romberga. Bezład histeryczny odznacza się swojem bardzo zmiennem i zależnem od wpływów moralnych natężeniem; zresztą w rozpoznaniu pomocne są zwykłe cechy histeryi, których chyba wyjątkowo brakuje. —

Jak wiadomo, wiądu wyleczyć nie można, można tylko rozwój choroby powstrzymywać i przebieg łagodzić. Wbrew wywodom Erba jest K-E. przeciwnikiem leczenia wiądu rtęcią, ponieważ leczenie to nie jest dla ustroju obojętne, a sam K-E. żadnego wpływu jego na przebieg wiądu nie zauważył. Nie widział też K-E. żadnych pomyślnych skutków po jodku potasu; mimo to nie odrzuca tego środka (1—2 gr. *pro die*). Najważniejsze są środki dyetetyczno-higieniczne. Chorzy powinni strzedz się kąpieli ponad 26° R., jak również zaziębienia i przemoczenia, zimę spędzać na południu. Objawowo nie wolno stosować morfiny, chyba przeciw *„crises gastriques"*; dla złagodzenia bólów strzelających wystarczą fenacetyna, antipiryna, pyramidon, salol, salicyl itd. Z leczenia elektrycznością niczego się nie można spodziewać. W lecie mogą chorzy używać ostrożnie nieco leczenia wodą, mianowicie kąpieli 25—22° R., wyjątkowo silni 20° R. Zawieszanie sposobem Charcota-Moczutkowskiego przynosi chorym niekiedy ulgę. W znieczuleniach jest niezłym środkiem drażnienie skóry kończyn dolnych metalową szczoteczką (sposób Rumpfa). Najdzielniejszym środkiem na bezład jest znany od 2-ch lat sposób Frenkla. Na zmiany nerwu wzrokowego doradzano ciemnicę, co ma podobno sprowadzać niejakie polepszenie. Próby z amylnitritem i strychniną zawiodły natomiast oczekiwania. *X.*

Sievers: **O tężyczce przy rozszerzeniu żołądka.** *(Berl. klin. W.*, 1898, 31, 32). Między przypadkami tężyczki złośliwej, kończącej się szybko śmiercią, znaczną część stanowią przypadki tężyczki przy rozszerzeniu żołądka. S. spostrzegał ich kilka; w jednym z nich, u 21-letniej dziewczyny, wykazała sekcya olbrzymie rozszerzenie żołądka wskutek zwężenia odźwiernika przez 2 blizny po wrzodach okrągłych; drugie podobne zupełnie spostrzeżenie dotyczy 42 let. kobiety. Obecnie większość badaczy odnosi takie przypadki tężyczki do samozatrucia ustroju jadami, pochodzącymi z przewodu pokarmowego. Müller wydzielić miał z soku żołądkowego swojego chorego jad, zabijający króliki, ale nie wywołujący u nich tężyczki; również nie zdołali wywołać u zwierząt tężyczki Ewald zapomocą wyciągów z moczu a v. Jaksch, z treści żołądkowej chorych. Bouveret i Devic, zebrawszy 23 przypadki tężyczki przy rozszerzeniu żołądka, stwierdzili we wszystkich nadmierne wydzielanie kwasu solnego, a z treści żołądka swoich chorych mieli otrzymać substancyę, wywołującą kurcze u królików; ta to substancya, nie różniąca się od Buegerowskiej peptotoksyny, wessana z żołądka, ma być przyczyną tężyczki ludzkiej w przypadkach rozszerzenia żołądka. Nadmierna kwasota zdarza się najczęściej w przypadkach wrzodu żołądka; B. i D. znaleźli we wszystkich (12) sekcyonowanych przypadkach stare lub świeże wrzody, albo blizny po wrzodach, to też dopatrują się bliskiego związ-

zku między tężyczką złośliwą, a wrzodem okrągłym. Aby tę sprawę wyjaśnić, zestawia S. z piśmiennictwa 31 spostrzeżeń tężyczki przy rozszerzeniu żołądka, zakończonych śmiercią i zbadanych anatomicznie po śmierci. W większości tych spostrzeżeń istniało wprawdzie zwężenie odźwiernika wskutek blizn po wrzodach, lub wrzody, albo blizny bez zwężenia; jednakże znajdują się między niemi i takie, gdzie ani jednego, ani drugich nie było; nadto istnieje kilka dokładnych spostrzeżeń, w których za życia nie stwierdzono nadmiernej kwasoty, a po śmierci nie znaleziono wrzodów, ani blizn. Z tego powodu nie może się utrzymać przypuszczenie B. i D. i należy przypuszczać, że tężyczka, przy rozszerzeniu żołądka, nie stoi w związku ani z nadmierną kwasotą, ani z wrzodem żołądka (choć występuje najczęściej równocześnie z bliznowatemi zwężeniami odźwiernika, co łatwo zrozumieć), a to tem bardziej, że zdarza się ona również w zaburzeniach czynności innych odcinków przewodu pokarmowego. *X.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Przeciwbłonicza surowica Mercka. Surowica ta, zawiera w jednym centymetrze sześciennym 250 jednostek uodporniających, czyli 1000 w 4 cm.^{3}, co odpowiada 10 cm.^{3} surowicy Rouxa. Flaszeczki opatrzone różnokolorowemi etykietami są czworakie: Nr. 0, 1, 2, 3. Surowica ta jest jasna i lekko opalizuje; okazującą obłoczkowate zmętnienie można na świeżą wymienić.

Erythrolum tetranitricum $(CH_2 ONO_2)_2, (CHONO_2)_2$ Są to duże płatki nierozpuszczalne w zimnej wodzie, łatwo zaś rozpuszczalne w alkoholu, wybuchające przy uderzeniu, lub nagłem ogrzaniu. Środek ten, znany już i polecany przez J. B. Brandburyego i G. Olivera, wywołuje rozszerzenie naczyń nie tak szybko wprawdzie, jak nitrogliceryna, lecz na czas dłuższy. Dawka 0.06 wywołuje skutek dopiero po 30 minutach, ale działanie trwa 3½ godziny. Najlepiej podawać środek ten w postaci kołaczyków zawierających po 0.03; w szczególności polecany w dusznicy bolesnej.

Eucainum A i B. Wysoka cena kokainy i towarzyszące jej stosowaniu uboczne objawy, skłaniają lekarzy do szukania środków, mogących ją zastąpić. Najlepszym z nich jest bezwarunkowo Eukaina, chociaż według Reclus-Hernetlea, działanie jej znieczulające trwa najwyżej 25 minut. Wprawdzie eukaina znieczula słabiej niż kokaina, jednakże ta jej wada daje się zrównoważyć większemi dawkami bez obawy szkodliwych skutków. Eukainę A., znaną już dawniej, stosować najlepiej w postaci maści:

Rp. *Eucaini hydrochlorici 1.00*
Olei olivarum 2.0
Lanolini 7 0
M. F. unguentum.
(*Do znieczulenia błony śluzowej i na dolegliwe rany*).

Rp. *Eucaini hydrochlorici 1.00*
Mentholi 0.2
Ol. olivarum 2.0
Lanolini ad: 10.0
M. f. ungt.
(*Na swędzące krwawnice, świąd odbytu i części płciowych*).

Eukaina B. lepsza od poprzedniej, gdyż według Schmitta jest 2—3 razy mniej trującą, znajduje dotąd zastosowanie tylko w leczeniu chorób oka. Jest to biały, krystaliczny proszek rozpuszczający się w 3 ½ częściach wody, a nadający się do użytku w postaci 2%-go wodnego roztworu. Dodać jednak trzeba, że żadna z tych postaci eukainy, w zupełności kokainy zastąpić nie może.

Euchininum[1]).

Eunatrolum (natrium oleinicum pur.) jest to biały proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie i alkoholu. Działa podniecająco na czynność wątroby i wydzielanie żółci, czy to podany wewnętrznie, czy wstrzyknięty pod skórę. Blum stosuje go w kamicy żółciowej w postaci pigułek.

Rp.: *Natrii oleinici puriss 25 00*
Glycerini
Terrae siliceae aa q. s. ut. f. l. a.
Pil. Nr. 100.

Pigułki te podaje się przez kilka tygodni, lub nawet miesięcy, po 4, rano i wieczorem.

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Endermol, salicylan nikotyny, przedstawia bezbarwne kryształy, łatwo w wodzie rozpuszczalne, o zapachu żywicznym. Doutrelepont (Bonn) użył tego środka w 0.1% maści w świerzbie, smarując cztery razy chorego. Skutek był zawsze bardzo pomyślny. Profesor Wolters podnosi, że maść ta już po jednem nasmarowaniu uśmierzała swędzenie i usuwała zapalenie skóry; przestrzega jednak przed używaniem silniejszych roztworów, szczególnie u dzieci, gdyż mogą łatwo wystąpić objawy zatrucia. (Therap. Montsh. 1898, VIII). *F. K.*

Zamiast środków silnie drażniących skórę (pyrogalol, chrysorobina, resorcyna) zaleca Dr. Kromayer do użycia przetwory tych leków: 1) Lenigallol (Pyrogalloltriacetat), zapisując: *Lenigalloli, Pastae Zinci, Lanolin. aa 10,0;* 2) Eugallol (Pyrogallolmonoacetat) w postaci: *Eugalloli Aceton. aa 10,0;* 3) Saligallol (Pyrogalloldisalycylat) w roztworze chloroformowym 1:15; 4) Lenirobin (Chrysarobintetraacetat); 5) Eurobin (Chrysarobintriacetat). Pierwszy używany w lekkich przypadkach łuszczycy przewlekłego wyprysku, w postaciach grzybkowych, drugi w przewlekłem zapaleniu skóry z eugalolem lub saligal. w różnych roztworach chloroformowych. 6) Euresol (Resorcinmonoacetat), jako roztwór w acetonie. Wszystkie te przetwory mają tę własność, że rozkładają się dopiero w zetknięciu ze skórą i przez to mniej drażnią, a w działaniu są również silne, jak środki pierwotne. (Ther. Montsh., 1898, VIII). *F. K.*

Fischer (Wr. m. Bl., 1898, 30) podaje w kile 3 razy dziennie proszek kalomelu (0,2), stwierdzając bardzo dobre wyniki. Po użyciu 20 proszków robi tygodniową przerwę, poczem powtarza jeszcze dwa razy powyższą dawkę. Teoretycznie tłómaczy działanie kalomelu tem, że nie działa on wprawdzie na sam jad, ale, że jest swoistym o tyle, o ile działa na wszystkie narządy, które są miejscami rozwoju kiły. *F. K.*

Barbiani (Soc. med. chir. Bologna, 1898) przedstawia nowe próby z surowicą przeciwkiłową. Wprawdzie nie udało się dotychczas przenieść kiły na zwierzęta, to jednak, zdaniem autora, wywołuje jad kiłowy i u nich w narządach wydzielniczych pewne zmiany. B. wprowadził baranowi, w kilku posiedzeniach, 41 ctm.^{3} krwi człowieka, cierpiącego na kiłę drugorzędną w okresie wybuchu. Zwierzę nie okazywało zmian kiłowych, ani zmian w ciężarze ciała lub ciepłocie. W 15, względnie 40 dni, po tych wstrzykiwaniach, otrzymaną z tego zwierzęcia surowicę wstrzyknięto w 3 przypadkach kiły i otrzymano wynik zadowalniający. *F. K.*

Krösing użył, za przykładem Andryego, rozżarzonego żegadła galwanicznego w leczeniu wrzodów miękkich, trzymając go 10—15 sekund w odległości 1 - 2 mm., przez co nie powstaje strup, a tylko tkanki obrzękają i surowica wylewa się na powierzchnię. Przypalać w ten sposób należy przedewszystkiem brzegi wrzodu; a gdy istnieją zatoki lub podminowania, należy je przed przyżeganiem naciąć, brzegi poobcinać, a wrzód z ropy oczyścić. (Posiedz. Tow. lek. w Szczecinie, 1898, kwiecień). *F. K*

VI. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W czerwcu.

X.

Badania nad wpływem tkanki nerwowej na jad tężcowy, wywołane przez znane prace Wassermanna, nie zostały jeszcze we Francyi zamknięte. Courmont i Doyon podają, że tkanka nerwowa żab nie zobojętnia działania jadu na świnki morskie i sądzą, że wobec tego nie można wyników doświadczeń Wassermanna zanadto uogólniać. Również krytycznie występują ci badacze przeciw zapatrywaniu Marinesco, że zmiany komórek nerwowych bywają w tężcu doświadczalnym swoiście znamienne i są przyczyną przykurczeń. Stwierdzili oni mianowicie z jednej strony brak wszelkich zmian w komórkach rdzenia u psa, zatrutego jadem tężca, z drugiej, istnienie zmian rozsianych i dwustronnych w rdzeniu świnek morskich, dotkniętych miejscowym jednostronnym tężcem, a zarazem spostrzegali u zwierząt, które szczęśliwie przebyły tężec ogólny, zmiany w rdzeniu o wiele rozleglejsze, niż u zwierząt, które padły na tężec.

[1]) Patrz »Przegląd lekarski« Nr. 29, praca Dra K. Lewkowicza.

Znaczenie tych badań C. i D. podkreślił Dejerine, stwierdzając, że dowodzą one ponownie, iż Nisslowskiej „chromatylosis“ nie można przypisywać żadnego ściśle określonego anatomopatologicznego znaczenia, ponieważ nie odpowiada ona dokładnie żadnemu określonemu objawowi klinicznemu, (S. B.). Natomiast po stronie Marinesco staje, na podstawie doświadczeń na królikach, Péchoutre. (S. B.).

W poprzednich listach wspominałem o próbach leczenia tężca zapomocą wstrzykiwań antytoksyny tężcowej wprost do jamy czaszki, które w jednym przypadku tężca u człowieka uwieńczone zostały pomyślnym wynikiem, a które zdawały się także przemawiać za szczególnem „powinowactwem“ tkanki nerwowej do jadu tężca, stanowiącem oś rozpraw między Courmontem i Marinesco. Otóż oprócz Rouxa podejmował podobne próby Sicard (S. B.), jak utrzymuje, w daleko szerszym zakresie, ponieważ wstrzykiwał on do jamy mózgowordzeniowej zwierząt najróżniejsze jady drobnoustrojowe, toxalbuminy, alkaloidy, a w celach leczniczych rozmaite związki chemiczne i surowice lecznicze. Ciekawszą stroną tych badań, niż zmiany komórek nerwowych u zwierząt po zabójczych dawkach jadów i trucizn, była próba leczenia tężca zapomocą surowicy przeciwtężcowej, wstrzykniętej przez nakłócie lędźwiowe jednemu z chorych na oddziele Brissanda. Po wstrzyknięciu 4 ccm. surowicy, miało się pojawić chwilowo polepszenie, chory zmarł jednak po 36 godzinach. Powtarzając jednak doświadczenia Rouxa z antitetaniną, wprowadzoną do jamy czaszki, otrzymał S. u świnek morskich wyniki korzystne.

Ciekawa ta sprawa nieprędko chyba jednak jeszcze doczeka się ostatecznego rozwiązania, zwłaszcza, że surowicy przeciwtężcowej nie można porównywać z antitetaniną, i że dotychczas prób leczniczych dokonano dopiero w dwóch przypadkach, w każdym z nich w inny sposób.

Próbowanie coraz nowych surowic leczniczych lub znanych już surowic w coraz innych postaciach chorobowych stało się zresztą obecnie rodzajem szablonu, przedstawiającego, jak każdy szablon, zazwyczaj wiele niedokładności. Boucheron (S. B.) twierdzi, że zapomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej wyleczył dwa przypadki dychawicy, wywołanej przez nieżyt błony śluzowej nosa, ktory był skutkiem działania paciorkowców. Claisse (S. B.) opierając się na pomyślnych wynikach zastosowania surowic w zatruciach jadami roślinnymi (abryna, rycyna) i wężów, próbował leczenia surowicą w zatruciu grzybami. Jak wiadomo w zatruciach tych grają rolę dwie substancye: muskaryna, działająca szybko i phallina, zawarta głównie w *Amanita phalloïdes* (rodzaj muchomora), działająca wolniej, ale niemniej zgubnie. B. sądzi, że przeciw muskarynie nie wiele będzie można zdziałać; co do phalliny, to dotychczas zdołał uodpornić króliki i świnki morskie przeciw działaniu większych jej dawek, jednakże właściwych doświadczeń z surowicą leczniczą dotychczas jeszcze nie wykonał.

W dalszym ciągu walki, którą prowadzi przeciw Marmorkowi, a względnie jego surowicy przeciwpaciorkowcowej, podaje Courmont (S. B.), że zdołał wprawdzie otrzymać surowicę oślą, uodporniającą królika przeciwpaciorkowcom ropnym, pochodzącym z ludzi, że jednakże i ta nawet surowica chroni króliki tylko przed niektórymi rodzajami paciorkowców, sprzyja zaś przeciwnie zakażeniu paciorkowcami innego pochodzenia. Z jedenastu odmian paciorkowców siedm ulegało działaniu owej surowicy (5 paciork. róży, a dwa ropne), cztery zaś inne działały równie zabójczo, a może silniej jeszcze, niż bez surowicy. Wysnuwa ztąd Courmont ważny wniosek, że niepodobna spodziewać się prędko surowicy przeciwpaciorkowcowej, na pewno skutecznej, ponieważ ludzkie chorobotwórcze paciorkowce stanowią wielką gromadę bardzo różnych odmian, których odróżnić i oddzielić prawdopodobnie długo jeszcze nie będziemy umieli.

Na tem miejscu pytoczyć wypada także statystykę, dotyczącą błonicy w „Hôp. des Enfants-Malades“ w roku 1897, a podaną przez Sevestrea w „Soc. méd. des Hôp.“ Przyjęto tam w ciągu roku wogóle 580 przypadków błonicy; zmarło 101, z tego 43 w pierwszych 24 godzinach po przyjęciu. Odsetek śmiertelności wynosi więc 17·41%. — Z tych 580 przypadków w 99 istniały w nalotach paciorkowce; takie zakażenia dały nieporównanie większą śmiertelność (32·32%), niż zakażenia samym lasecznikiem błoniczym (14·34%). Wszystkie dzieci dostawały zaraz przy przyjęciu podskórnie surowicę; zwykle dawano wogóle 20 ccm., w przypadkach dławca 30 ccm., oprócz tego miejscowo leczono przepłukiwaniami, a niekiedy pędzlowaniem nalewką jodową lub zasypywaniem salolu. Przypadków dławca było 341; u 203 zastosowano intubacyę, z tych 40 (19·70%) zmarło i to 21 po czasie dłuższym, niż doba. Po intubacyi musiano w 21 przypadkach robić jeszcze tracheotomię; u 17 dzieci robiono ją odrazu.

Przy sposobności należy jeszcze wspomnieć o doświadczeniach Nicolasa (S. B.) z aglutynacyą prątków błoniczych pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej, a to z tego względu, że według N. nie każda odmiana prątka Löfflera jest na surowicę wrażliwą. Z 12 rozmaitych hodowli tylko w 6 wystąpiła aglutynacya, chociaż do wszystkich dodano tejsamej surowicy i wogóle próby były wykonane w tych samych warunkach.

Na zakończenie parę słów jeszcze o ciekawszych wykładach z pomiędzy tych, które wypełniły resztę posiedzeń Towarzystwa biologicznego i „Societé médic. des Hôpitaux“. Są to wszystko oderwane przyczynki do najrozmaitszych zagadnień, nie dadzą się więc ułożyć w żaden porządek i wspominam o nich w tej kolei, w jakiej nasuwają się pod pióro. Bloch zalecał (S. B.) w leczeniu suchot płucnych unieruchomienie czasowe jednej strony klatki piersiowej. Ma to łagodzić kaszel, bóle i gorączkę i zmniejszać nasilenie objawów przedmiotowych. Ostwalt opowiadał o przypadku pęknięcia, wskutek wysiłku fizycznego jednej z zastawek tętnicy głównej, dotkniętych miażdżycą. Spostrzeżenie to nie było stwierdzone oględzinami pośmiertnemi. (S. B.) Widal zdawał sprawę z przypadku, w którym zapalenie stawu mostkoobojczykowego lewego i podskórnej torebki maziowej na ręce lewej powstały wśród ostrych objawów ogólnych, przypominających początek zapalenia płuc włóknikowego, a wywołane były jako sprawa pierwotna przez pneumokoki (Soc. m. H.) Gilbert i Galbrun, stwierdzili na zdrowych osobnikach, że po podaniu benzonaftolu spada ilość ogólna drobnoustrojów w kale średnio o 55%. W doświadczeniach tych dawka dzienna benzonaftolu wynosiła $3^1/_2$ do 4 gramów. (S. B.).

Vincent spostrzegał przypadek duru brzusznego, powikłanego z ogólnem zakażeniem prątkiem ropy błękitnej. Powikłanie takie należy do rzadkich; V. widział je raz tylko na 420 przypadków duru. Za życia wystąpiły w 10 dniu choroby, a 3 dni przed śmiercią: obustronne zapalenie gruczołów piersiowych i przyusznych, osutka pęcherzykowa na skórze i uporczywy kaszel przy gorączce przechodzącej 40° C. Sekcya stwierdziła prócz zwykłych zmian durowych liczne jamy zgorzelinowe w płucach, a w nich, zarówno jak w pęcherzach skórnych, czyste hodowle prątka ropy błękitnej. Z krwi i śledziony wyhodował się prątek durowy. Przypadek ten dowodzi ponownie, że prątek ropy błękitnej może mieć bardzo doniosłe znaczenie chorobotwórcze także u ludzi i zdaje się wskazywać, że może on sam przez się wywołać zgorzel płuc. (S. m. H.).

Na temsamem i na kilku następnych posiedzeniach „Soc. méd. des Hôp.“ liczni mowcy zdawali sprawę z spostrzeganych przez siebie przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, obecnie panującego, a zresztą rzadko pojawiającego się w Paryżu. Cierpienie to zbyt dobrze jest u nas niestety znane, aby z rozpraw paryzkich wynikały jakieś nieznane dla czytelników „Przeglądu“ szczegóły i spostrzeżenia.

Lemoine podał do wiadomości, że w dwóch przypadkach zauważył zarażenie się odrą od ozdrowieńców, którzy ją przed 20 dniami przebyli. Sevestre jednakże słusznie podniósł, że zakażenie tak późne jest zbyt wyjątkowe, aby ze względu na te dwa przypadki zmieniać utarte zasady postępowania. (S. m. H.).

W uogólnianiu się przerzutów raka narządów brzusznych, a szczególnie w zajęciu rakowem następowem gruczołów chłonnych podobojczykowych pośredniczy, zdaniem Troisiera (S. m. H.), przewód piersiowy. Obecnie na kilku przypadkach przekonał się T., że w tych razach spotyka się ogniska rakowe w samej ścianie przewodu piersiowego.

Pachon badał szczegółowiej działanie kokainy na serce (S. B.). Stwierdza on, że w początku zatrucia powstaje „hypertonicitas“ mięśnia sercowego, to jest, że po skurczu mięsień nie zwalnia się całkowicie, lecz pozostaje jeszcze do pewnego stopnia napięty. Po paru takich uderzeniach zjawia się równoważący je spoczynek, z czego P. wnosi, że zatrucie w tym okresie dotyczy „myocardium“, a nie narusza jeszcze ośrodków, regulujących akcyę serca, od których właśnie spoczynek ów zależy. Zgodnie ze zdaniem Mosso, należałoby więc kokainę uważać za truciznę „skurczową“ (systolique); działa ona zresztą podobnie, jak inne trucizny tej gromady, ponieważ wywołuje niemiarowość serca, przedstawiająca zawsze pewien stały, regularny typ. (przerwy okresowe). Po okresie niemiarowości następuje nadzwyczajne zwolnienie skurczów komórek, które w końcu przestają działać w chwili skurczu. Przedsionki tętnią dalej jeszcze, jednakże nierównomiernie i ustają w końcu działać w chwili rozkurczu. Laborde zaznaczył, że śmierć serca w chwili skurczu, czy rozkurczu, zależy nietylko od rodzaju użytej trucizny, lecz także od rodzaju zwierzęcia. Natomiast ciekawem jest zjawisko przerw okresowych i utrzymania się czynności przedsionków po śmierci komórek. Na to odpowiedział Pachon, że ustanie czynności serca w chwili rozkurczu, jakie spostrzegano w zatruciu kokainowem u psów, zależało prawdopodobnie od wpływu asfixyi; wątpliwość tę możnaby zresztą rozstrzygnąć, utrzymując u psów kuraryzowanych, w czasie zatrucia kokainą, sztuczne oddechanie.

Rénon spostrzegał w przebiegu przewlekłej mocznicy okresowy ślinotok (do 100 gr. w ciągu 10 minut) Ślina zawierała w czasie napadów ślinotoku 0·059% mocznika, a w tym samym czasie ilość moczu zmniejszała się, równocześnie zaś nie było ani biegunki, ani wymiotów, ani „stomatitis“, spostrzeganych zazwyczaj w podobnych przypadkach; ślinotok ten odnosi R. do działania substancyi trujących, nie wydalanych z ustroju, na ślinianki, a może na ośrodki nerwowe lub nerwy obwodowe. Leczenie zasadzałoby się na podawaniu środków moczopędnych. (S. m. H).

Béclére i Lemoine opisywali (znane już zresztą) przypadki mumpsa, w których zapalenie jąder pojawiało się wcześniej, niż zapalenie gruczołów przyusznych, a nawet występowało samoistnie. Rozpoznanie opiera się na braku spraw zapalnych dróg moczowych i stwierdzeniu mumpsa u otoczenia chorego. (S. m. H.).

Rendu zaleca w przewłocznych sprawach gośćcowych salicylan metylu, zamiast salicylanu sodowego; Rénon widział szczególnie pomyślne skutki salicylanu metylu w rwie kulszowej; przeciwnego zdania jest Siredey. (S. m. H.).

Spostrzegany w niektórych przypadkach marskości przerostowej wątroby z żółtaczką (cirrhose biliaire hypertrophique) przewłoczny obrzęk gruczołów chłonnych, zwłaszcza sąsiadujących z wątrobą, stawiają Gilbert i Fournier obok splenomegalii i dopatrują się w obu tych zjawiskach dowodu, że ta postać marskości ma źródło zakaźne (S. B.).

Courmont stwierdził, że płyny surowicze chorobowe stanowią dobrą pożywkę dla prątka Kocha, z wyjątkiem wysięków surowiczych przyrody gruźliczej, które mają być dla tego drobnoustroju zabójcze a zarazem mają w jego hodowlach wywoływać aglutynacyę w stosunku średnim 1:10. Ponieważ to spostrzeżenie mogłoby być, zdaniem C. podstawą serodyagnostyki wysięków gruźliczych, przeto rzecz wydaje się godną sprawdzenia. (S. B.).

Haushalter i Guérin opisując dalszy spostrzegany przez siebie przypadek pojawiania się nukleoalbuminu w moczu sądzą, że zjawisko to jest wskazówką gruźlicy w którymś z wewnętrznych narządów (S. B.).

Sabrazès badając wpływ soku żołądkowego na prątki gruźlicze stwierdził, że jest on bardzo mały; jadowitość prątka Kocha ginie w soku żołądkowym dopiero po 36 godzinach, ale i wówczas hodowle wstrzyknięte podskórnie, wywołują u morskich świnek znaczną utratę ciężaru. Pepsyna soku żołądkowego działa na komórki tych prątków bardzo mało, podobnie jak na cellulozę i na nukleiny; wiadomo zaś z najnowszych badań, że nukleiny stanowią ważny składnik bakteryj. Dane te tłómaczą odporność prątka Kocha względem soku żołądkowego. (S. B.).

Wobec wziętości, jaką cieszy się obecnie somatoza, nie bez znaczenia praktycznego jest spostrzeżenie Rénona, który użył tego środka jako mlekopędnego, wprawdzie z natychmiastowym dobrym wynikiem, lecz z pojawieniem się cukromoczu u karmiącej w trzy tygodnie potem. Ponieważ dziecko ssać nie chciało, usunięto somatozę; wówczas ustąpił bardzo szybko cukromocz, lecz razem z nim zniknęło i wydzielanie mleka. Związek podawania somatozy z cukromoczem da się na razie wyjaśnić tylko zapomocą przypuszczeń; niemniej jednak zdaje się on oczywisty i nawołuje do tego, aby dokładniej, niż dotąd, zbadać wskazania i przeciwwskazania wszelkich albumoz. Le Gendre, który nigdy nie spotkał cukromoczu po podaniu somatozy, zwraca uwagę, że w czasie karmienia nieraz samoistnie pojawia się cukier w moczu, że więc należy zgromadzić więcej spostrzeżeń w rodzaju spostrzeżenia Rénona, zanim się przyjmie za rzecz pewną związek cukromoczu z zadawaniem somatozy. (S. m. H.).

Ażeby określić sprawność czynnościową wątroby, wprowadzają Roger i Garnier oznaczoną ilość siarkowodoru do jelit i szukają go następnie w powietrzu wydychanem zapomocą papierka napojonego octanem ołowiowym. Sposób ten opiera się na tej okoliczności, że w stanie prawidłowym trzeba pięć razy więcej siarkowodoru wprowadzić do żył obwodowych, niż do żyły bramnej, ażeby gaz ten odnaleść w wydychanem powietrzu. Wątroba zatrzymuje więc znaczną ilość siarkowodoru; w stanach chorobowych komórki wątrobnej, np. w doświadczalnem zatruciu fosforem, potrzeba dwukrotnie mniejszej ilości siarkowodoru. Autorowie sądzą, że sposób ich nada się także do celów klinicznych (S. B.).

W końcu niech mi będzie wolno wspomnieć o badaniach Albarrana i Hallégo nad przerostem gruczołu krokowego, których wyniki przedstawili już autorowie Towarzystwu biologicznemu. Sądzą oni na podstawie badania 68 przerosłych gruczołów krokowych, że punktem wyjścia przerostu jest zawsze tkanka gruczołowa właściwa i że przeważna część chorobowo zmienionych odcinków gruczołu składa się właśnie z rozszerzonych gruczołów; zmiany podścieliska są zazwyczaj ogniskowe i mają być, zdaniem autorów, zawsze sprawą następową. W 12 przypadkach, klinicznie przedstawiających się jak zwykły przerost, utkanie powiększonego gruczołu przedstawiać miało miejscami cechy gruczolaka, a nawet raka; stąd biorą autorowie pochop do twierdzenia, że ze zwykłego przerostu może się stopniowo wykształcić gruczolak, a dalej rak gruczołu krokowego. Spostrzeganie kliniczne ma to zapatrywanie o tyle potwierdzać, że niekiedy przed rozwojem raka stercza długi czas istnieją objawy zwykłego przerostu, i że u jednego chorego spostrzegali A. i H., w dwa lata po wycięciu przerosłego tzw. płatu średniego, rozwój raka w miejscu operowanem. O ile wogóle autorowie zdołali udowodnić, że zwykły tzw. przerost stercza jest sprawą „sensu stricto“ nowotworową, (na co zresztą podpisany na zasadzie własnych badań zgodzić się nie może), o tyle i dalsze ich wnioski, mimo uderzającego ich stosowania zasady „post hoc, ergo propter hoc“, byłyby dość uspra-

wiedliwione; na razie jednak, przed ukazaniem się całości pracy, trudno wydać sąd stanowczy.

Opuszczając za kilka dni Paryż, kończę na tem moje stąd listy; jeżeli przyniosły one komukolwiek jakąś korzyść, to może następca mój zechce napisać ciąg ich dalszy i wolny od popełnionych przezemnie usterek i braków. Na ich usprawiedliwienie i moją obronę niech posłuży chyba przysłowie „Podług stawu grobla“.

Dr. Ciechanowski.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 22 Września.

* W ostatnim (wrześniowym) zeszycie »Zdrowia« znajduje się artykuł pod tyt. »Mur chiński«, w którym autor zastanawia się nad wpływem granic politycznych na rozchodzenie się czasopism do krajów ościennych; a jeśli jest mu zrozumiałe, że prasa codzienna, polityczna, posiada pewne właściwości lokalne, przykuwające ją do zakreślonego obszaru czytelników, to już w żaden sposób tego nie można powiedzieć o czasopismach treści naukowej. Rozumowanie to skierowuje autor wprost do lekarzy galicyjskich i Księstwa poznańskiego, którym zarzuca zupełne niemal zapoznawanie lekarskiego piśmiennictwa polskiego poza granicami tych dwóch prowincyj. Mówiąc o higienicznym miesięczniku »Zdrowie«, powiada autor, że jeśli czasopisma lekarskie, poświęcone różnym gałęziom medycyny, mogą być bez względu na obcy język i zakrajowe pochodzenie z korzyścią czytane, to pisma higieniczne stanowią tu wyjątek, gdyż higiena, stosowana w życiu, musi w rozległej mierze uwzględniać właściwości klimatu i rasy i z tego powodu higieniczne czasopismo krajowe nie może być zastąpione obcem.

Byłoby rzeczą zupełnie zbyteczną dowodzić, że naród, mówiący tym samym językiem, posiadający i czczący wspólną przeszłość, powinien mieć, bez względu na resztę warunków dzisiejszego swego bytu, wspólną literaturę, będącą symbolem jego jedności. A jeśli się zwrócimy do obchodzącego nas bliżej piśmiennictwa lekarskiego, zwłaszcza peryodycznego, to powstawanie, istnienie i redagowanie naszych czasopism lekarskich oczywiście powinno mieć na oku nie poszczególne zaścianki i lokalne względy, lecz najszerzej pojętą całość umysłowych potrzeb lekarzy polskich. Że tak nie jest, że piśmiennictwo lekarskie polskie nie stoi w szczytowym punkcie pojmowania swych zadań, z czego powstają kolizye i braki, wszyscy to czujemy i wszyscy wiemy, że taki stan rzeczy podkopuje byt czasopism krajowych i pozostawia wolną drogę do wtargnięcia pism obcych, z wielką szkodą dla literatury ojczystej i dla prawidłowego postępu swojskiej nauki.

Zorganizowanie zatem naszej prasy lekarskiej na zasadach ogólnych potrzeb umysłowych lekarzy polskich, powinno być najgłówniejszem zadaniem Sekcyi prasowej przyszłego Zjazdu.

Pierwszem następstwem uregulowania stosunku naszych czasopism lekarskich do ogółu potrzeb lekarzy polskich byłoby pozyskanie przez galicyjską medycynę publiczną organu w »Zdrowiu«. Nasze sprawy sanitarne, o ile należą do samorządu, a nie do Namiestnictwa, kryją się w nieprzejrzanym mroku. Prócz przygodnych i rzadko pojawiających się sprawozdań, cała działalność takich instytucyj, jak szpitale, okręgi sanitarne, miejskie zarządy sanitarne, nie dochodzi do opodatkowanych i interesujących się, co znowu oddziaływa nader niekorzystnie na rozwój wszelkich spraw, dotyczących zdrowia publicznego. Bez jawności, bez dyskusyi, musi nastąpić zatamowanie biegu spraw zdrowotnych, niepewność i powolność w rozwoju inwestycyj sanitarnych, a wreszcie, jako następstwo, schorzenie społeczeństwa i wielki odsetek śmiertelności.

— Ciekawe szczegóły o partactwie lekarskiem w Niemczech zawiera rozprawka Dra Springfelda (»Aerztliche Sachverständigenzeitung« 1898, Nr. 13). Liczba partaczy, którzy zgłosili się u władz (oczywiście znacznie niższa od rzeczywistej), wynosiła w roku zeszłym w Berlinie 476; 1 partacz przypadał na 4·6 lekarzy. Ale, gdy ludność od lat 20 wzrosła o 61%, liczba lekarzy o 172%, to liczba partaczy w tym samym czasie o 1600%!, nie licząc w tem nawet partaczących położnych, felczerów i t. d. 12—15% aptekarzy berlińskich wykonuje partactwo zawodowo, a prócz tego stwierdzono je u 986 osób, zajętych w drogueryach, 618 pomocników lekarskich (»Heilgehülfen«) i 800 akuszerek. Z całej masy partaczy należy około 24% do lepszych stanów; sądownie karanych było 29% partaczy mężczyzn, 14·4% kobiet. (Za spędzenie płodu, kradzież, oszustwa, uszkodzenia cielesne i t. d.). Smutniejsze są zestawienia, dotyczące klienteli partaczy; u jednego z nich, wśród 2559 osób, »leczonych« w ciągu r. 1890, znajdują się sędziowie, wyżsi urzędnicy, adwokaci, profesorowie, i t. p. a nawet czterej... lekarze, zapewne chorzy umysłowo.

Mało znaną jest organizacya partactwa, która nietylko istnieje na wzór zawodowych stowarzyszeń lekarskich »dla obrony interesów stanu«, ale dochodzi nawet ogromnych rozmiarów. Ustawy tych stowarzyszeń zawierają nawet postanowienia o »uzdolnieniu« partaczy, o udzielaniu rodzaju dyplomu przez odrębną komisyę, zatrudnianiu asystentów, używaniu tytyłów, obronie prawnej i t. d. Liczny poczet członków tych towarzystw dostarcza im ogromnych środków pieniężnych, używanych na reklamę i t. p. Największem jest »Deutscher Bund der Naturärzte u. Naturheilkundigen«, rozpadający się na 570 towarzystw z 72.000 członków!; w samym Berlinie ma on 7 oddziałów w 28.000 członków. W Berlinie wychodzi 5 czasopism, zawodowo poświęconych partactwu; z 30 zakładów kąpielowych jest 12 w rękach partaczy; mają oni w końcu 14 lekarzy na swym żołdzie i swoich usługach.

* Powszechnie znana własność torfów górskich silnego pochłaniania cieczy i gazów została zużytkowaną przez higienistów do odwaniania dołów kloacznych i stolców pokojowych. Korzyści tego wchłaniania nie ograniczają się do samej tylko woni, lecz i do asanizacyi, gdyż wchłonięte z cieczami pierwiastki rozkładowe i chorobotwórcze zostają poniekąd zamknięte hermetycznie i powstrzymane w dalszym rozwoju.

Zawiązana w Krakowie spółka »Humus« zużytkowała znakomite nasze torfy górskie, których siła wchłaniania cieczy wynosi 2600%, gdy inne torfy surowe wchłaniają zaledwo 300—900%. Przedsiębiorstwo to zaopatrzyło się w świadectwa powag naukowych, dające wszelką rękojmię doskonałości produktu, oraz pożyteczności jego dla zdrowia publicznego i, z tego względu, zasługującego na gorące polecenie zarządom miast i publiczności.

Mianowania. Lekarzem instytutu politechnicznego w Warszawie mianowany został Dr. Bohdan Korybut Daszkiewicz. Posadę ordynatora szpitala na Pradze otrzymał Dr. Bolesław Jakimiak.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Kazimierz Mossing, znany we Lwowie lekarz, zmarł w tem mieście, licząc lat 61. Dr. Rudolf Golz, wychowaniec wszechnicy krakowskiej, zmarł w Łodzi, w 72 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Zdrowiu* (Zeszyt 156): Artykuł wstępny p. t. »Mur chiński«. Dra Rutkowskiego L.: Przyczynek do badań nad odżywianiem się polskiej ludności wiejskiej. Dra Polaka J.: Projekt organizacyi zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. Dra Fidlera H.: Projekt nowej dyety szpitalnej. W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 17): Dra Brunnera J.: Najnowsze prądy w nauce o odporności. Dra Sedziaka J.: Z kazuistyki laryngo-rynologicznej. W *Medycynie* (Nr. 38): Dra Krausego L.: Przyczynek do kazuistyki zwichnięć bocznych przedramienia. Dra Stępkowskiego Fr.: Ciąża zamaciczna międzywięzadłowa lewa, płód donoszony, koeliotomia, wyzdrowienie. Dra Biernackiego E.: (odcinek). Wybrzeża belgijskie. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 38): Dra Schramma H.: Przyczynek do operacyi przemieszczania ściegien w celu leczenia zniekształceń stopy, wskutek porażenia dziecinnego. Dra Zaleskiego K.: Kilka słów o zapaleniu płuc włóknikowem.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. B. Wicherkiewicz: Weitere Mitteilungen über das Xeroform in der Augentherapie. (Odbitka). Wrocław, 1898.

— Tenże: Zur resorbierenden Wirkung des Jodkali bei Staroperationen. (Odbitka). Wrocław. 1898.

— Dr. Krokiewicz A.: Zanik mięśni w przebiegu ostrego gośćcowego zapalenia stawu barkowego. Wyleczenie. (Odbitka). Poznań, 1898 rok.

— Prof. Dr. Reiss: Recherches physiologiques sur la perspiration insensible de la peau. (Odbitka). Paryż, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**